

To: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Thur 3/25/2021 4:08:35 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (104)
Received: Thur 3/25/2021 4:12:44 PM

[Bekijk online](#)



(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (104)

25 maart 2021

Dit is een gecombineerd Inf@ct-/Labinf@ctbericht.

In dit bericht:

- Gecombineerde orofaryngeale/mid-turbinate afname bij kinderen van 0 t/m 12 jaar in de GGD-teststraatsetting
 - Testbeleid bij kinderen
 - Orofaryngeale/mid-turbinate afname bij kinderen
 - Implementatie en communicatie

Bericht:

Gecombineerde orofaryngeale/mid-turbinate afname bij kinderen van 0 t/m 12 jaar in de GGD-teststraatsetting

In eerdere berichtgeving is gecommuniceerd over testen bij kinderen, zie (Lab)Inf@ct 67,

(Lab)Inf@ct 85, Inf@ct 94, Inf@ct 95, (Lab)Inf@ct 98 en Inf@ct 99.

De kinderdagverblijven en basisscholen zijn heropend na een veranderd BCO-beleid en met extra testbeleid. Daarna zijn verdere gegevens verkregen over de besmettingscijfers van en door kinderen. Dit geeft inzicht in de noodzaak van testen van kinderen en leidde tot verdere verkenning van testopties bij kinderen om de testbereidheid te vergroten met zo min mogelijk sensitiviteitsverlies. Daarbij is specifiek nagegaan of er een meer kindvriendelijke afname gebruikt kan worden dan gecombineerde orofaryngeale/nasofaryngeale afname, die meer praktisch in de teststraatsetting is dan speekselafname. Uit de analyse blijkt dat met acceptabel sensitiviteitsverlies orofaryngeale afname gecombineerd kan worden met mid-turbinate afname. De verwachting is dat dit de testbereidheid bij kinderen 0 t/m 12 jaar verder zal vergroten. Dit draagt bij aan het zo veel en veilig mogelijk openhouden van de kinderdagverblijven en scholen in het primair onderwijs.

Testbeleid bij kinderen

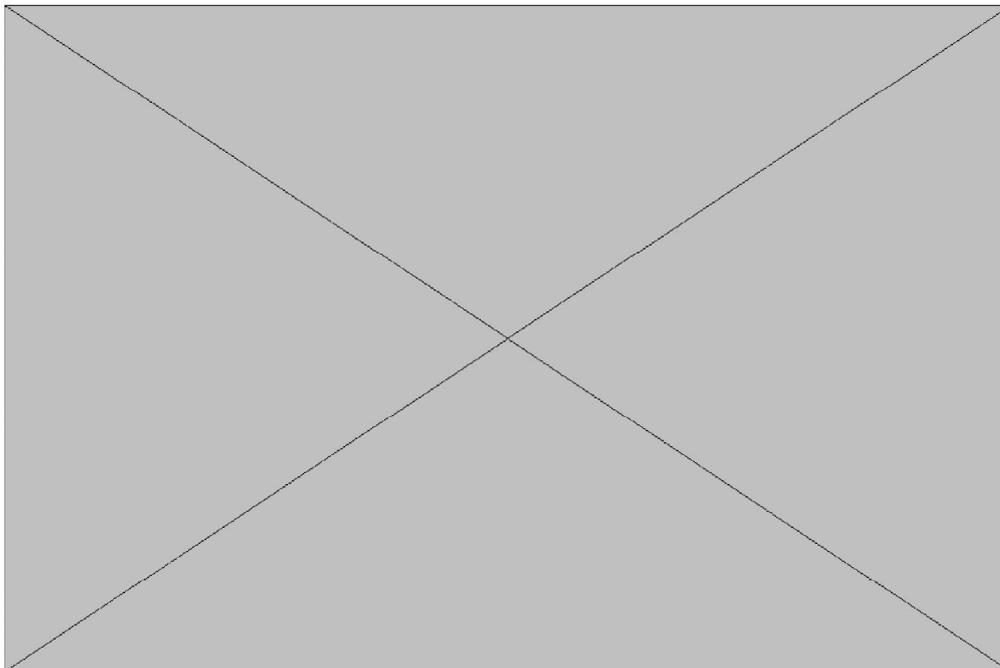
Recent verkregen inzichten in besmettingscijfers van en door kinderen (zie [bijlage Epidemiologische gegevens bij kinderen](#)) leidt tot de conclusie dat het belangrijk is om het huidige testbeleid bij kinderen te continueren en zo mogelijk de testbereidheid bij kinderen te verhogen, om besmettelijke kinderen zo snel mogelijk te identificeren en te isoleren om daarmee de kinderdagverblijven en scholen in het primair onderwijs zo veel en veilig mogelijk open te kunnen blijven houden in het belang van kinderen. Op grond van deze inzichten zijn de testopties (met bijbehorende testeigenschappen) bij kinderen verder verkend. Daarbij is specifiek nagegaan of een meer kindvriendelijke afname gebruikt kan worden dan gecombineerde orofaryngeale/nasofaryngeale afname, die meer praktisch in de teststraatsetting is dan speekselafname.

Orofaryngeale/mid-turbinate afname bij kinderen

Een mogelijkheid om kinderen te bemonsteren is via minder diepe neusbemonstering, namelijk de mid-turbinate bemonstering (bemonstering van het mid-inferieure deel van de onderste neusschelp, zie afbeelding). Hierover vond binnen het RIVM literatuuronderzoek en (inter)nationale consultatie plaats.

Er is sprake van een relatief gebrek aan onderzoeksgegevens bij kinderen. Er bestaan echter onderzoeksgegevens voor volwassenen die deze afname vergelijken met diepere (nasofaryngeale) afname. In de internationale literatuur laat mid-turbinate bemonstering frequent een sensitiviteit zien van ~80% ten opzichte van nasofaryngeale bemonstering (1-3). Incidenteel zelfs duidelijk hoger dan 80% (2). Bij nasofaryngeale afnames met een Ct-waarde van 30 of lager werd een concordantie van 94% gezien (2). Ook uit communicatie met collega's in Ierland, Health Service Executive (HSE), is gebleken dat de sensitiviteit de 100% nadert bij hogere virale loads (Ct-waarden ≤ 30). Op basis van deze data heeft HSE deze testmethodiek ingevoerd bij

kinderen. Ten slotte blijkt uit de literatuur dat gecombineerde orofaryngeale/nasale (niet verder gespecificeerd) bemonstering minimaal even sensitief is als nasofaryngeale bemonstering alleen (4,5). In Nederland is met minder diepe neusbemonstering gecombineerd met orofaryngeale bemonstering reeds ervaring opgedaan binnen de GGD'en West-Brabant (6) en Amsterdam (bij volwassenen, nog niet gepubliceerd). Hun bevindingen qua sensitiviteit zijn vergelijkbaar en de testvriendelijkheid wordt als positief ervaren.



Al met al wordt daarom geadviseerd om, in de GGD-teststraatsetting, de gecombineerde orofaryngeale/mid-turbinate afname toe te gaan passen bij kinderen tot en met 12 jaar in plaats van een gecombineerde orofaryngeale/nasofaryngeale afname. De verwachting is dat de testbereidheid hiermee toeneemt. Overigens worden in aanvulling hierop nog andere minder invasieve afnamemethodes gevalideerd die mogelijk voor bepaalde kinderleeftijden ook geschikt kunnen zijn, zoals een mondspoel- of gorgeltest. Uiteraard blijft ook speekselafname zoals eerder gecommuniceerd een alternatieve mogelijkheid.

Implementatie en communicatie

Deze aanpassing in de bemonstering van kinderen kan met beperkte aanpassingen in de GGD-teststraten gerealiseerd worden.

De wattenstokken die momenteel in gebruik zijn, kunnen gebruikt blijven worden. Afhankelijk van het beleid van de GGD zal het om een tweetal of om 1 wattenstok(ken) gaan. Indien 2 wattenstokken gebruikt worden, wordt de keelwattenstok, zoals gebruikelijk, voor orofaryngeale bemonstering gebruikt en de nasofarynxwattenstok voor mid-turbinate bemonstering via 1 neusgat. Indien 1 wattenstok gebruikt wordt, kan de nasofarynxwattenstok voor

orofarynxbemonstering gebruikt worden, waarbij het belangrijk is ook de keelbogen met de zijkant van de wattenstok te bemonsteren vanwege de kleinere kop. Dezelfde nasofarynxwattenstok kan gebruikt worden voor mid-turbinate bemonstering via 1 neusgat.

Monsterafname voor mid-turbinate bemonstering gebeurt op dezelfde wijze als de nasofaryngeale afname, alleen minder diep. Dat wil zeggen dat de wattenstok horizontaal (en niet verticaal) ingebracht dient te worden, voor kinderen in de leeftijd tot en met 12 jaar 1-2 cm diep of tot de eerste weerstand. Na inbrengen op de beoogde afstand wordt de swab snel een paar (4-5) keer rondgedraaid. Gecombineerde orofaryngeale/mid-turbinate afname kan ook voor antigeendiagnostiek ingezet worden volgens de werkwijze die binnen de GGD gebruikelijk is.

Zoals gecommuniceerd in (Lab)Inf@ct 98 blijft communicatie richting kinderen en ouders een belangrijk basispunt bij iedere afname bij kinderen. GGD GHOR maakte in dit kader al een [YouTube-filmpje](#); ook een [animatie](#) is beschikbaar. Rondom de ingangsdatum van dit nieuwe beleid wordt hierover publieksinformatie gegeven, waarbij wordt samengewerkt door de communicatie-adviseurs van Rijksoverheid, GGD GHOR en RIVM-CIb. Hierbij wordt benadrukt dat nu een minder diepe neusafname toegepast wordt. De daadwerkelijke implementatie is voorzien voor uiterlijk 4 april 2021. GGD GHOR heeft voor deze afname een korte training ontwikkeld.

Indien gecombineerde orofaryngeale/mid-turbinate afname echt niet slaagt, wordt mid-turbinate afname in beide neusgaten geadviseerd en niet orofaryngeale afname alleen, omdat deze meer sensitiviteitsverlies geeft (7). Veelal slaagt echter de orofaryngeale afname en een praktische oplossing kan zijn om desgewenst daarna een korte pauze in te lassen alvorens tot mid-turbinate afname over te gaan. Ook blijft speeksel verkregen met de 'sabbelwatten' in voorkomende gevallen een alternatief. Dit alles is in lijn met gericht testen bij kinderen zoals gecommuniceerd in (Lab)Inf@ct 98.

Referenties:

1. Lee et al. J Clin Microbiol. 2021. doi:[10.1128/JCM.02881-20](https://doi.org/10.1128/JCM.02881-20)
2. Pinninti et al. Clin Infect Dis. 2020 doi: [10.1093/cid/ciaa882](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa882)
3. Jamal et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2020. doi: [10.1017/ice.2020.1326](https://doi.org/10.1017/ice.2020.1326).
4. Vlek et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2021;40:193-195. doi: [10.1007/s10096-020-03972-y](https://doi.org/10.1007/s10096-020-03972-y)
5. Desmet et al. BMC Microbiol. 2021;21:31. doi: [10.1186/s12866-021-02087-4](https://doi.org/10.1186/s12866-021-02087-4)
6. Van der Moeren et al. medRxiv doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.19.20215202>
7. Palmas et al. Pediatr Infect Dis. 2020;39:e267-e270. doi: [10.1097/INF.0000000000002812](https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002812)

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw

Wilt u uw e-mailadres wijzigen of andere berichtenservices aanvragen? Dat kan via [profiel bewerken](#). Collega's die deze berichtenservice nog niet ontvangen, kunnen deze aanvragen via <https://www.rivm.nl/abonneren>.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het [archief](#). Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via [5.1.2e](#) [5.1.5](#)

Service

U ontvangt deze e-mail op het mailadres [5.1.2e](#) @rivm.nl, omdat u hebt aangegeven e-mailberichten te willen ontvangen.

[Aanmelden](#) | [Wijzig voorkeuren](#) | [Direct afmelden](#)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen.

De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
